

Privatpraxis für Osteopathie – Lydia Schoenmakers

- Maurener Weg 70, 71034 Böblingen
- Nürnberger Straße 17, 70374 Stuttgart

0176 – 21488661

www.schoenmakers-osteopathie.de

kontakt@schoenmakers-osteopathie.de



Sehr geehrte Damen und Herren,

Bitte lesen Sie nachfolgende Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie diese Fragen **so genau wie möglich**, damit eine bestmögliche Behandlung ermöglicht werden kann.

Während Ihrer ersten Behandlung werden diese Antworten mit Ihnen besprochen.

Alle Informationen werden als Berufsgeheimnis betrachtet und bleiben streng privat.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (evtl. Zusatzversicherung für Heilpraktiker): \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Spezialist(en): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von mir erfahren? \_\_\_\_\_

---

Beruf (evtl. früherer Beruf): \_\_\_\_\_

Sport, Hobbys, Freizeit: \_\_\_\_\_

Medikamente: (auch homöopathische Mittel wie Kräuter, Magensäuretabletten oder ähnliches)

Was und wo sind in diesem Moment Ihre **wichtigsten** Beschwerden? Wann bzw. wie hat es angefangen?

Verbesserung: \_\_\_\_\_

Verschlechterung: \_\_\_\_\_

Können Sie den Schmerz beschreiben (z.B. stechend, klopfend, anhaltend, phasenweise, etc.)?

---

Gibt es ein bestimmtes Muster / eine Regelmäßigkeit für diese Schmerzen (Tagesverlauf, Situationsabhängig)?

---

Tritt bei **psychischen** Belastungen eine Verschlimmerung der Beschwerden auf? Wenn ja, wie und wann?

---

Haben Sie **andere Behandlungen** wahrgenommen (z.B. Spezialisten, Physiotherapeut, Heilpraktiker)?

---

---

Haben Sie noch andere oder **zusätzliche Beschwerden**?

---

---

---

---

Welche **Speisen** oder **Getränke** bekommen Ihnen nicht gut?

---

---

Krankheiten innerhalb Ihrer Familie: (Erbliche / nicht erbliche Krankheiten )

---

**Stuhlgang:**

Haben Sie einen regelmäßigen Stuhlgang? \_\_\_\_\_x Tag / Woche

Form: hart / fest / breiig / sanft / dünn / wässrig

Farbe: braun / gelbbraun / hellbraun / weiß / dunkelbraun / schwarz

Haben Sie tagsüber Momente von Energieverlust? \_\_\_\_\_

Wachen Sie nachts auf? Wenn ja, wie spät? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:**

Wie verlief die Schwangerschaft?

---

Wie war die Geburt Ihres Kindes? Gab es Komplikationen?

normal

schnell

lange Presswehen

O schwer

O Kaiserschnitt

Markieren Sie auf diesem Blatt die Punkte, die auf Sie zutreffen. Treffen bestimmte Beschwerden auf früher und heute zu, kreuzen Sie bitte beide Spalte an. Bei mehreren Möglichkeiten, umkreisen Sie bitte das Zutreffende.

**Linke Spalte:** ältere Beschwerden.

**Rechte Spalte:** aktuelle Beschwerden.

<b>Allgemein</b>	<b>Magen / Darm</b>
0 0 Kopfschmerzen: ___x Tag / Woche / Monat	0 0 Entzündungen / Reizdarm
Wo am Kopf:	0 0 Verstopfung
0 0 Schlaflosigkeit / nächtliches Erwachen	0 0 Durchfall
0 0 Einschlafprobleme	0 0 trockener Mund
0 0 Gewichtsveränderung: zunehmen / abnehmen	0 0 Blähbauch / Blähbauch
0 0 Schwindel	0 0 schlechtes Allgemeinbefinden
0 0 Müdigkeit: ständig / morgens / tagsüber / abends	0 0 Sodbrennen
0 0 Augen: doppelt / unscharf sehen	0 0 Bauchschmerzen / -krämpfe
	0 0 gurgelnder Bauch
	0 0 andere Beschwerden
<b>Atemwege / Hals-Nasen-Ohrenregion</b>	
0 0 Atemnot	<b>Muskeln / Gelenke</b>
0 0 chronische Husten	0 0 verspannte / schlappe Muskeln
0 0 chronische Erkältung	0 0 Lendenwirbel Schmerzen
0 0 Asthma	0 0 Brustwirbel Schmerzen
0 0 Halsschmerzen / -entzündungen	0 0 Halswirbel Schmerzen
0 0 Sinusitis	0 0 Ausstrahlung / Kribbeln, wo?
0 0 Ohrgeräusche (Brummtön, Pfeifton )	0 0 Gelenkschmerzen, welche?
0 0 Allergien	0 0 Muskelschmerzen / -krämpfe
<b>Herz und Kreislauf</b>	0 0 Beweglichkeitseinschränkungen
0 0 hoher / niedriger Blutdruck	0 0 Rheuma / Gicht
0 0 geschwollene Drüsen	
0 0 Arteriosklerose	<b>Haut</b>
0 0 unregelmäßiger Herzschlag	0 0 Ekzeme / Hautausschlag
0 0 Schmerz / Beklemmung in der Brust	0 0 schnell blaue Flecken
0 0 Herzklopfen	0 0 trockene Haut / Schwitzen
0 0 kalte Hände / Füße	0 0 Jucken
0 0 Krampfadern	0 0 brüchige Fingernägel
0 0 Wasseransammlungen im Körper	0 0 Haarausfall / brüchiges Haar
<b>Harnwege</b>	<b>Psyche</b>
0 0 Nierenprobleme / Nierensteine	0 0 Nervosität
0 0 Schmerzen beim Wasserlassen	0 0 Depressionen
0 0 Blasenentzündung	0 0 zu viel bekümmert sein
0 0 Prostatabeschwerden	0 0 Konzentrationsschwäche
0 0 Änderung Libido	0 0 schlechtes Gedächtnis / Vergesslichkeit
0 0 Veränderung im Urin	0 0 Ängste
0 0 Geschlechtskrankheit	0 0 viel Nachdenken
0 0 häufiger Toilettengang	0 0 Lustlosigkeit
	0 0 alles in sich hineinfressen
<b>Frauen</b>	0 0 wenig Selbstvertrauen
Schwanger Ja / Nein / unklar	0 0 Kummer / Betrübnheit
0 0 schmerzhaft Menstruation	0 0 sich schnell ärgern
0 0 unregelmäßige Menstruation	0 0 andere
Wie lange dauert die Menstruation?	
0 0 prämenstruelles Syndrom	

